

様式第2号（第8条関係）

津南町1か月児健康診査費用助成申請書

年 月 日

津南町長様

(申請者) 住所 津南町.....

氏名

(自署又は記名押印)

電話番号.....

下記のとおり1か月児健康診査を受診しましたので、関係書類を添えて助成の申請をします。
なお、申請内容の確認に当たり、町が住民基本台帳を閲覧すること及び受診医療機関へ健診内容等
について照会することに同意します。

記

| | | | |
|-----------|-------|---------|------|
| 子の氏名 | | 生年月日 | |
| 受診医療機関 | | | |
| 健康診査受診日 | | | |
| 振込先 口座 | 金融機関名 | | 支店名 |
| | 預金種別 | 普通 ・ 当座 | 口座番号 |
| | フリガナ | | |
| | 口座名義 | | |

【添付書類】

- ・医療機関が発行した1か月児健康診査に係る領収書及び診療明細書
- ・1か月児健康診査の受診記録が記載された母子健康手帳のページの写し又はこれに類する書類
- ・未使用の1か月児健康診査受診票
- ・助成金振込先口座の確認できる書類（通帳の写し等）